

## Cifras de colesterol adecuadas en pacientes coronarios y diabéticos. Análisis según especialidades médicas y comunidades autónomas

### Adequate Cholesterol Levels in Coronary Heart Disease and Diabetic Patients. Analysis According to Medical Specialty and Autonomous Communities

#### Sra. Editora:

Aunque se conoce que la dislipemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, especialmente de infarto de miocardio<sup>1</sup>, y que el control estricto de las concentraciones de lípidos, en concreto de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), se asocia con una reducción de eventos cardiovasculares<sup>2,3</sup>, la realidad es que el control real está muy lejos de ser óptimo<sup>4</sup>. En el estudio CODIMET<sup>5</sup> se demostró que más del 80% de los pacientes de muy alto riesgo en España no cumplen los criterios de cLDL recomendados por las guías de práctica clínica<sup>6</sup>. En el presente análisis, se pretende evaluar si existen diferencias en el control de las cifras de cLDL por especialidad médica y comunidad autónoma.

CODIMET es un estudio epidemiológico multicéntrico, observacional y transversal con recogida de datos retrospectivos en los 3 meses previos a la inclusión del paciente o en la visita del estudio. No se modificó el manejo de los pacientes. Participaron 874 investigadores en España, de las especialidades de cardiología, endocrinología, medicina interna y atención primaria, muestra representativa del tipo de médicos que atienden a esta población en España. Se incluyó a pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con al menos un episodio previo de infarto agudo de miocardio o angina de pecho (grupo coronario) o diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (grupo diabético sin enfermedad coronaria) o con ambos diagnósticos (grupo mixto). Se recogieron los parámetros del último análisis lipídico disponible realizado en los 3 meses previos a la inclusión del paciente o en la visita del estudio. Se puede encontrar más detalles del diseño del estudio en la publicación original<sup>5</sup>.

Se analizaron los datos de 6.988 pacientes. La media de edad era  $64,6 \pm 11$  años. Había 4.382 varones (62,7%). Del total de pacientes, 2.586 (37%) pertenecían al grupo coronario; 2.654 (37,9%), al grupo diabético y 1.748 (25%), al grupo mixto. Se excluyó del análisis a 749 pacientes (9,7%). Participaron 874 médicos, de los que 437 (50%)

eran cardiólogos; 201 (23%), endocrinólogos; 166 (19%), internistas; y 35 (4%), médicos de atención primaria. Los 35 médicos restantes (4%) no están clasificados.

Control de la concentración de cLDL según la especialidad médica: en la figura 1 se muestra el porcentaje de pacientes que están fuera de las cifras de cLDL recomendadas. Como se ve, el porcentaje de pacientes situados por encima de los límites recomendados de cLDL es superior al 80% en todas las especialidades participantes. Hay significación estadística al comparar las proporciones ( $p < 0,001$ ), lo que podría estar en relación con una menor aplicación de las guías en atención primaria.

Control de la concentración de cLDL según la comunidad autónoma: en la figura 2 se muestra el porcentaje de pacientes que se sitúan fuera de los valores de cLDL recomendados. Esta cifra es superior al 80% en todas las comunidades, excepto Canarias (77,1%) y Cataluña (78,4%). Las diferencias alcanzaron significación estadística ( $p < 0,001$ ), lo que podría indicar una mayor aplicación de las guías clínicas en esas comunidades.

Estos datos muestran que el porcentaje de pacientes con un control adecuado de los valores de cLDL es insuficiente, independientemente de la especialidad de su médico responsable y

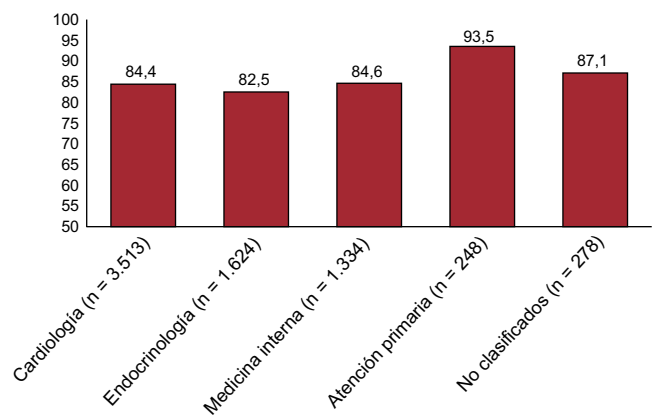


Figura 1. Porcentaje de pacientes de muy alto riesgo cardiovascular con valores de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad por encima de 70 mg/dl, por especialidad de su médico responsable.

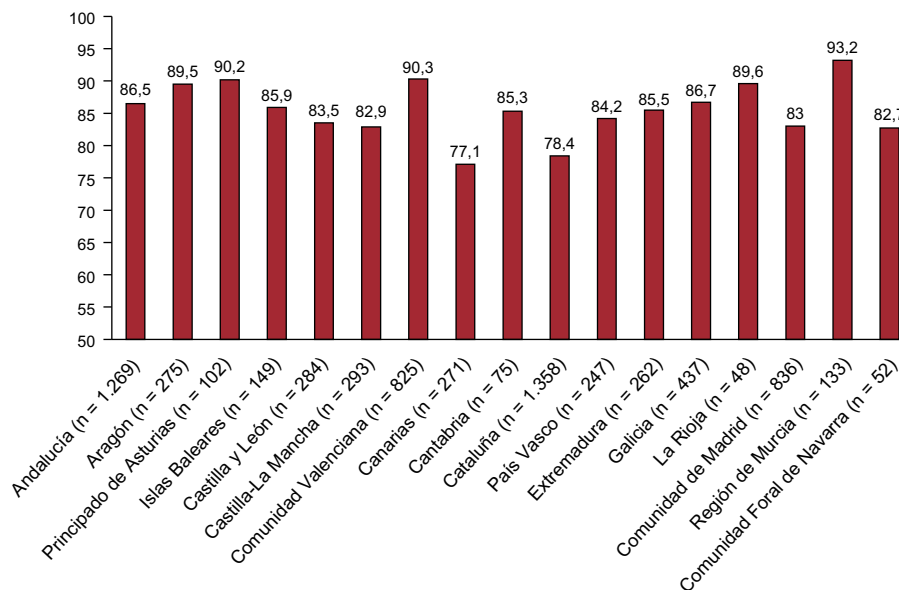


Figura 2. Porcentaje de pacientes de muy alto riesgo cardiovascular con valores de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad por encima de 70 mg/dl, por comunidades autónomas.

de dónde vivan. Todo ello pese a que es bien conocido que el adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria reduce la morbimortalidad. Es destacable que CODIMET aporta datos de una amplia población seleccionada por su alto riesgo cardiovascular, compuesta por pacientes con enfermedad coronaria o diabetes mellitus tipo 2, considerada un equivalente de enfermedad cardiovascular. Estos datos confirman la necesidad de difundir y aplicar las recomendaciones de las guías de práctica clínica de forma extensa, teniendo en cuenta especialmente grupos de pacientes con muy alto riesgo de sufrir eventos cardiovasculares. En el [material adicional](#) de la página web se puede encontrar más datos del estudio.

Estos resultados muestran que en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular en España, en concreto pacientes diabéticos y/o coronarios, es muy frecuente que no se alcancen los objetivos de cLDL recomendados, independientemente de la especialidad de su médico responsable y la comunidad autónoma en que viva.

## FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido financiado por Merck Sharp and Dohme, MSD España.

## CONFLICTO DE INTERESES

Gustavo Vitale y Belén González Timón son empleados de Merck Sharp and Dohme, MSD España.

## MATERIAL ADICIONAL



Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.04.012>.

Leopoldo Pérez de Isla<sup>a,\*</sup>, Adriana Saltijeral Cerezo<sup>b</sup>, Gustavo Vitale<sup>c</sup>, Belén González Timón<sup>c</sup>, Ana Torres do Rego<sup>d</sup> y Luis Antonio Alvarez-Sala Walther<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Cardiología, Hospital del Tajo, Aranjuez, Madrid, España

<sup>c</sup>Departamento Médico, Merck Sharp and Dohme, MSD, Madrid, España

<sup>d</sup>Unidad de Riesgo Cardiovascular y Lípidos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense Madrid, Madrid, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [leopisla@hotmail.com](mailto:leopisla@hotmail.com) (L. Pérez de Isla).

On-line el 29 de junio de 2013

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avenzum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
2. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomized trials of statins. *Lancet*. 2005;366:1267-78.
3. Lee JMS, Choudhury RP. Prospects for atherosclerosis regression through increase in high density lipoprotein and other emerging therapeutic targets. *Heart*. 2007;93:559-64.
4. González-Juanatey JR, Millán J, Alegría E, Guijarro C, Lozano JV, Vitale GC. Prevalencia y características de las anomalías lipídicas de pacientes tratados con estatinas en prevención primaria y secundaria en España. Estudio DYSIS-España. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:286-94.
5. Pérez de Isla L, Saltijeral Cerezo A, Vitale G, González Timón B, Torres Do Rego A, Alvarez-Sala Walther LA. Prevalence of inappropriate LDL cholesterol levels in patients with coronary disease and/or type 2 diabetes. *Rev Clin Esp*. 2012;212:475-81.
6. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2011;32:1769-818.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.04.012>

## Percentiles de grosor íntima-media carotídeo en población española con y sin factores de riesgo cardiovascular

### Percentiles of Carotid Intima-media Thickness in a Spanish Population With and Without Cardiovascular Risk Factors

Sra. Editora:

La medición del grosor íntima-media carotídeo (GIMc) se ha utilizado en investigación en epidemiología cardiovascular durante las últimas dos décadas en estudios observacionales y de intervención. Se ha observado una asociación directa entre el engrosamiento de las capas íntima y media de la arteria carótida y la ocurrencia de acontecimientos cardiovasculares. Aunque no parece que esta medición mejore la estimación del riesgo cardiovascular del total de la población, sí que aporta información adicional sobre sujetos clasificados en la categoría de riesgo intermedio<sup>1</sup>.

En España, diferentes grupos clínicos y de investigación cardiovascular vienen usando, en los últimos años y de manera creciente, la medición del GIMc<sup>2-5</sup>. Esta razón motivó nuestra decisión de describir los intervalos de normalidad del GIMc en una muestra de 1.708 mujeres y 1.453 varones representativa de la

población general de 35 a 84 años. El artículo, publicado en el número de diciembre de 2012 de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, incluía la representación gráfica de los percentiles 5, 10, 25, 50, 75, 90 y 95 del valor medio del GIMc en el segmento común de la arteria carótida y los 3 segmentos de la arteria carótida, por edad y sexo<sup>6</sup>. Además, también se estimó el percentil 50 de los valores medios de ambas mediciones de GIMc por edad y sexo en la submuestra de 468 mujeres y 306 varones no expuestos a factores de riesgo cardiovascular (sin hipertensión arterial, diabetes mellitus ni hipercolesterolemia, no fumadores y con cifras de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad > 40 mg/dl e índice de masa corporal < 30 kg/m<sup>2</sup>).

Con el propósito de aportar el máximo de información posible para facilitar el uso de estos datos en la práctica clínica y en investigación clínica y epidemiológica, presentamos los datos numéricos correspondientes a la población general a partir de los cuales se realizaron dichas figuras. Además, presentamos los percentiles correspondientes a la submuestra de población sin factores de riesgo cardiovascular.

Las ecografías carotídeas se realizaron en modo B con un ecógrafo Acuson XP 128 equipado con un transductor L75-10 MHz y un programa informático de frecuencia ampliada (Acuson-Siemens; Mountainview, California, Estados Unidos). Se grabaron los archivos